



# Blue Shield of California Medicare Advantage 计划退保表格

如果您申请退保，您必须在退保生效日之前继续从 Blue Shield Medicare Advantage 计划获得所有医疗护理。在您寻求 Blue Shield Medicare Advantage 计划网络外的医疗服务前，请联系我们以确认您的退保。在收到您的表格后，我们将通知您生效日期。

会员编号：

姓氏：

名字：

中间名首字母：

出生日期（月/日/年）：

性别： ☐ 男 ☐ 女

家庭电话号码：

**在本退保表格上签名并注明日期前，请仔细阅读并填写以下的信息：**

如果本人已入保其他 Medicare Advantage 或 Medicare 处方药计划，本人了解 Medicare 将在新的入保生效日取消本人目前在 Blue Shield Medicare Advantage 计划的会籍。本人了解，本人当前可能不能入保其他计划。本人也了解，如果本人退保 Medicare 处方药保险，而将来需要 Medicare 处方药保险时，对此项保险，本人可能必须支付较高的保险费。

**您的签名\*：**

**当日日期（月/日/年）：**

\*或依据您居住地的州法律而获授权代表您行事之人的签名。若由（如上所述的）受托人签名，则此等签名保证：

- 1) 该人士根据州法律获得授权以填写此退保表格，并且
- 2) 可应 Blue Shield Medicare Advantage 计划或 Medicare 的要求提供授权文件。

**如果您是授权代表，您必须提供以下信息：**

姓氏：

名字：

中间名首字母：

街道地址：

城市：

州：

邮政编码：

电话号码：

与参保人的关系：

通常您仅可在以下时间申请从 Medicare Advantage 计划中退保: 每年 10 月 15 日至 12 月 7 日的年度注册期, 或者每年 1 月 1 日至 3 月 31 日的 Medicare Advantage 开放注册期。在例外情况下可以在年度注册期期间外从 Medicare Advantage 计划中退保。

请仔细阅读以下陈述项, 并勾选符合您实际情况的陈述项对应的方框。勾选下述任何方框即保证您尽您所知认为自己符合选择期例外条件。

- ☐ 本人最近于 (填写日期) (月/日/年) 变更了本人的 Medicaid (新近获得 Medicaid、调整 Medicaid 援助程度或丧失 Medicaid)。
- \_\_\_\_\_
- ☐ 本人最近于 (填写日期) (月/日/年) 变更了支付 Medicare 处方药保险的 Extra Help (额外补助) (新近获得 Extra Help、调整 Extra Help 程度或丧失 Extra Help)。
- \_\_\_\_\_
- ☐ 本人入住、居住在或最近刚刚搬出长期照护设施 (例如疗养院、长期照护设施)。本人已于/将于 (填写日期) (月/日/年) 入住/搬离此等设施。
- \_\_\_\_\_
- ☐ 本人将于 (填写日期) (月/日/年) 加入 Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE, 老年人全面护理项目)。
- \_\_\_\_\_
- ☐ 本人将于 (填写日期) (月/日/年) 加入雇主或工会的保险。
- \_\_\_\_\_
- ☐ 本人注册了 Medicare (或本人所在的州) 的计划, 本人想选择一个不同的计划。本人在该计划中的注册日期为 (填写日期) (月/日/年)。
- \_\_\_\_\_

若您的真实情况与上述各项均不相符, 或您不确定是否符合, 请拨打 **(800) 776-4466 (TTY: 711)** 联系 Blue Shield of California Medicare Advantage 计划客户服务部落实自己是否具备退保资格。对于加入 Dual Special Needs Plan (D-SNP, 双重资格特殊需求计划) 计划的会员, 请联系客户服务部, 电话: **(800) 452-4413 (TTY: 711)**。服务时间: 每周七天, 每天上午 8 点至下午 8 点 (太平洋时间)。

请通过邮寄、传真或电子邮件将填妥并签字的表格发送至:

**电子邮件:** WHMembership@blueshieldca.com

**邮寄:** Blue Shield of California  
P.O. Box 948  
Woodland Hills, CA 91365-9856

**传真:** (877) 251-3660